

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
HOSPITAL GENERAL "DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO"

FACTORES DE RIESGO PARA LA REINTERVENCION
QUIRURGICA ABDOMINAL: UN ESTUDIO
RETROSPECTIVO DE CASOS Y CONTROLES.

T E S I S

QUE PRESENTA EL

DR. MOISES ORTIZ FERNANDEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

C I R U G I A G E N E R A L

ASESOR DE TESIS: DR. CAYETANO POMPA DE LA ROSA



ISSSTE

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Factores de riesgo para la reintervención quirúrgica abdominal; un estudio retrospectivo de casos y controles.



Dr. Cayetano Pompa de la Rosa

Asesor titular de tesis

Profesor titular del curso de especialización en cirugía general UNAM

Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"

ISSSTE



Dr. Roberto Cruz Ponce

Director de enseñanza e investigación

Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro"

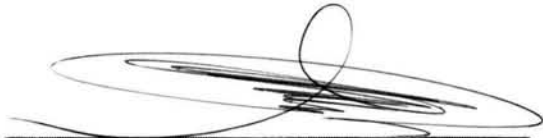
ISSSTE




Factores de riesgo para la reintervención quirúrgica abdominal; un estudio retrospectivo de casos y controles.



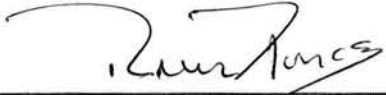
Dr. Moisés Ortiz Fernández
Residente de 4° año de cirugía general
Hospital general "Dr. Dario Fernández Fierro"
ISSSTE



Dr. Cayetano Pompa de la Rosa
Asesor titular de tesis
Medico Adscrito al servicio de cirugía general
Profesor titular del curso de especialización en cirugía general UNAM
Hospital general "Dr. Dario Fernández Fierro"
ISSSTE



Dr. Francisco Ramírez Amezcua
Medico Adscrito al servicio de cirugía general y endoscopia
Profesor adjunto del curso de especialización en cirugía general UNAM
Hospital general "Dr. Dario Fernández Fierro"
ISSSTE



Dr. Roberto Cruz Ponce
Medico Adscrito al servicio de cirugía plástica y reconstructiva
Director de enseñanza e investigación
Hospital general "Dr. Dario Fernández Fierro"
ISSSTE

“Para Lu y Sebastián;

ya que son ellos la maquinaria que mueve mi deseo de superación y de ser mejor cada día”

A Lupita

Por su gran amor, por ser comprensiva y paciente con mi carrera

A mi madre

Por su confianza y apoyo incondicional a pesar de la adversidad

A mis hermanos y hermanas

Por su amor y sacrificio para apoyarme en este proyecto de vida

A mis cuñados

Agustín, Francisco, Jesús, Erikca, Rocío y Miguel por ser solidarios y creer en mí

A mis suegros

Por su cariño, apoyo y por enseñarme la alegría de vivir

A mis maestros

Por compartir conmigo su sabiduría y experiencias

A mis compañeros

Por su amistad, por los momentos de alegría y experiencias que compartimos

A mis pacientes

Por ser una inagotable fuente de conocimiento y por su fe en nosotros

Gracias.

Factores de riesgo para la reintervención quirúrgica abdominal; un estudio retrospectivo de casos y controles.

<i>Índice</i>	<i>1</i>
<i>Resumen</i>	<i>2</i>
<i>Marco teórico</i>	<i>3</i>
<i>Hipótesis</i>	<i>4</i>
<i>Objetivos</i>	<i>4</i>
<i>Material y método</i>	<i>5</i>
<i>Resultados</i>	<i>7</i>
<i>Análisis</i>	<i>17</i>
<i>Conclusiones</i>	<i>19</i>
<i>Bibliografía</i>	<i>20</i>

Resumen

La reintervención quirúrgica abdominal es una entidad frecuente en nuestros días, que suele derivarse de un primer procedimiento quirúrgico que pudo haber sido no satisfactorio¹; que detectó un problema que no pudo ser resuelto por las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente^{2,4}, o por complicaciones posquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos y/o extrínsecos tales como infecciones, hemorragias, malnutrición, e incluso deficiencias en la propia técnica quirúrgica.^{2,3,4}

Existen pocos estudios o publicaciones nacionales e internacionales de los lineamientos que deben de seguirse en el manejo de los pacientes que han de ser reintervenidos. En el servicio de cirugía general del Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro", a menudo se realizan reintervenciones abdominales por diversas causas y con una amplia gama de morbi-mortalidad asociada¹⁰.

El propósito de realizar éste estudio es conocer los factores de riesgo relacionados con la reintervención abdominal; así como la de realizar una comparación con pacientes de características y diagnósticos similares que no requirieron de reintervención con el propósito de disminuir el número de pacientes complicados luego de una primera intervención quirúrgica a nivel abdominal para lograr así evitar la morbi-mortalidad asociada a un segundo procedimiento, traduciéndose como una mejora en la calidad de atención al derechohabiente del ISSSTE.

Conclusiones:

Los resultados de nuestra serie son similares a los encontrados en la literatura internacional, en cuanto a los diagnósticos mas frecuentes y a la distribución de edad y sexo de las reintervenciones^{5,9}.

Prácticamente, en todos los casos en los que los pacientes presentan una evolución más larga, o que se administraron algún tipo de AINE o antibiótico antes de realizarse el diagnóstico de una patología quirúrgica abdominal; se encontró un riesgo relativo de ser reintervenido mayor que en aquellos pacientes que evolucionaron menos tiempo o que no se administraron ningún tipo de AINE o antibiótico.

1.- Marco teórico:

1.1 Definición del problema:

¿Son la utilización de analgésicos y antibióticos así como la demora en el diagnóstico y tratamiento de la patología quirúrgica abdominal un factor de riesgo para que el paciente sea reintervenido quirúrgicamente?

1.2 Antecedentes:

La reintervención quirúrgica abdominal es una entidad frecuente en nuestros días, que suele derivarse de un primer procedimiento quirúrgico que pudo haber sido no satisfactorio¹; que detectó un problema que no pudo ser resuelto por las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente^{2,4}, o por complicaciones posquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos y/o extrínsecos tales como infecciones, hemorragias, malnutrición, e incluso deficiencias en la propia técnica quirúrgica.^{2,3,4}

El gran avance tecnológico en el campo de la medicina en el último siglo ha logrado mejorar los métodos diagnósticos y terapéuticos^{2,3}; se han adquirido conocimientos importantes de variables hemodinámicas, nutricionales y ventilatorias que repercuten directamente en el estado fisiológico trans y postoperatorio y se han desarrollado modernos equipos para su control y monitoreo^{2,3,4}; lo que ha permitido someter a los pacientes con complicaciones de éste tipo a reoperaciones abdominales con mayor seguridad; sin embargo, y a pesar del desarrollo, la morbi-mortalidad de las reintervenciones abdominales sigue siendo inaceptablemente elevada.^{1,4,5,6}

Existen pocos estudios o publicaciones nacionales e internacionales de los lineamientos que deben de seguirse en el manejo de los pacientes que han de ser reintervenidos. En el servicio de cirugía general del Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro", a menudo se realizan reintervenciones abdominales por diversas causas y con una amplia gama de morbi-mortalidad asociada¹⁰; solamente se ha realizado un estudio con respecto a éste problema dentro del hospital y desafortunadamente no está bien estructurado ni tiene fundamentos sólidos¹⁰, por lo que nunca se ha podido identificar claramente cuales son las variables que pueden aumentar el riesgo de un paciente a ser sometido a una reintervención y por consiguiente no es posible formar un criterio uniforme para estandarizar el manejo de los pacientes susceptibles a ésta, traduciéndose en una amplia variedad de secuelas posquirúrgicas.^{1,2,3,4,5,6}

El propósito de realizar éste estudio es conocer los factores de riesgo relacionados con la reintervención abdominal y la morbi-mortalidad asociada a ésta; así como la de realizar una comparación con pacientes de características y diagnósticos similares que no requirieron de reintervención con el propósito de disminuir el número de pacientes complicados luego de una primera intervención quirúrgica a nivel abdominal para lograr así evitar la morbi-mortalidad asociada a un segundo procedimiento, traduciéndose como una mejora en la calidad de atención al derechohabiente del ISSSTE.

1.3 Justificación:

1.3.1 La relevancia:

La falta de identificación de los factores de riesgo que llevan a un paciente con patología abdominal quirúrgica a ser reintervenido en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE favorecen una amplia gama de morbi-mortalidad asociada a un segundo procedimiento, por lo que es necesario normar un criterio único en el manejo de éstos pacientes para obtener el mejor resultado.¹⁰

1.3.2 La pertinencia:

Existen pocos estudios o publicaciones nacionales e internacionales acerca de los factores de riesgo que pueden influir en la reintervención de un paciente. En el servicio de cirugía general del Hospital general "Dr. Darío Fernández Fierro", a menudo se realizan reintervenciones abdominales por diversas causas y con una amplia gama de morbi-mortalidad asociada; solamente se ha realizado un estudio con respecto a éste problema dentro del hospital y desafortunadamente no está bien estructurado ni tiene fundamentos sólidos¹⁰, por lo que nunca se ha podido formar un criterio uniforme para estandarizar el manejo de los pacientes susceptibles a una reintervención traduciéndose en una amplia variedad de secuelas posquirúrgicas.^{1,2,3,4,5,6}

1.3.3 La factibilidad:

La factibilidad del estudio se basa en que en el servicio de cirugía general del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE, se tiene un buen número de pacientes quirúrgicos y que con relativa frecuencia requieren reintervenciones abdominales, por lo que se puede obtener un buen número de pacientes para llevar a cabo el estudio, cuyos resultados podrán aplicarse para normar criterios estandarizados en el manejo preoperatorio de los pacientes quirúrgicos y así se logre mejorar la atención al derechohabiente del ISSSTE y del país en general.

2.- Hipótesis:

El riesgo de que un paciente requiera una reintervención puede disminuir en el Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" si se identifican factores de riesgo y se realizan diagnósticos y tratamientos tempranos de la patología abdominal quirúrgica.

3.- Objetivos:

3.1 Objetivo (s) general

El propósito de realizar éste estudio es conocer los factores de riesgo relacionados con la reintervención abdominal y la morbi-mortalidad asociada a ésta; así como la de realizar una comparación con pacientes de características y diagnósticos similares que no requirieron de reintervención con el propósito de disminuir el número de pacientes complicados luego de una primera intervención quirúrgica a nivel abdominal para lograr así evitar la morbi-mortalidad asociada a un segundo procedimiento, traduciéndose como una mejora en la calidad de atención al derechohabiente del ISSSTE.

3.2 Objetivos específicos:

- 1.- Identificar los principales diagnósticos que originan la reintervención quirúrgica abdominal.
- 2.- Identificar los principales grupos de riesgo para la reintervención abdominal en cuanto a género, edad y diagnóstico postoperatorio de la primera intervención.
- 3.- Evaluar la influencia de algunos factores en el riesgo de una reintervención abdominal; como son el tiempo de evolución y el uso de antibióticos o analgésicos.

4.- Material y método:

4.1 Descripción general del estudio.

Se realizará un estudio de casos y controles, observacional, retrospectivo, clínico y comparativo entre marzo del 2001 y julio del 2004, donde se incluirán pacientes del servicio de cirugía general del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE que hayan sido sometidos a cirugía abdominal y requieran reintervenciones abdominales, así como pacientes con diagnósticos y características clínicas postoperatorias similares, que no sean reintervenidos. Se revisarán los expedientes clínicos de todos los pacientes sometidos a cirugía abdominal y se incluirá a todos aquellos que requieran una reintervención para formar el grupo de casos, así como a los que al aplicar la cédula de recolección de datos, cuenten con diagnósticos y características clínicas similares y que no hayan sido sometidos a una reintervención para el grupo de controles.

4.2 Grupos de estudio.

Pacientes postoperados del servicio de cirugía general del Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE que requieran de una reintervención a nivel abdominal así como pacientes con diagnósticos y características clínicas postoperatorias similares previas a la reintervención; que NO hayan sido reintervenidos.

4.3 Grupo problema (casos):

Todos los pacientes sometidos a cirugía abdominal del servicio de cirugía general del Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE que requirieron de una reintervención quirúrgica a éste nivel.

4.4 Grupo testigo (controles):

Pacientes sometidos a cirugía abdominal en el servicio de cirugía general del Hospital General "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE no reintervenidos pero con diagnósticos y características clínicas postoperatorias similares a aquellos que fueron reintervenidos.

4.5 Criterios de inclusión.

Todos los pacientes que sean sometidos a una reintervención a nivel abdominal para el grupo de casos y un número igual de pacientes con diagnósticos y características clínicas similares que no se reintervenían y cuenten con expediente completo para el grupo de controles.

4.6 Criterios de exclusión.

Aquellos pacientes sometidos a cirugía abdominal que no cuenten con diagnósticos y características clínicas similares a los pacientes reintervenidos entre marzo del 2001 y julio del 2004 y aquellos que no cuenten con el expediente clínico completo.

4.7 Criterios de eliminación.

Aquellos pacientes que no cuenten con el expediente clínico completo.

4.8 Métodos matemáticos para el análisis de los datos.

Para llevar a cabo el análisis estadístico se determinará el Odds ratio (razón de momios o razón de productos cruzados) así como los intervalos de confianza.

5.- Recursos:**5.1 Humanos**

El personal administrativo relacionado al manejo del expediente clínico y el personal médico a cargo del estudio y de los pacientes incluidos en el mismo.

5.2 Financiamiento:

La investigación solo requiere gastos mínimos en consumibles y material de papelería ya que los datos serán extraídos del expediente clínico.

6.- Resultados.

Tabla 1

Distribución de pacientes según sexo y edad reintervenidos en el HG "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE entre marzo del 2001 y junio del 2004		
Edad	Masculino	Femenino
15-20	1	0
21-25	1	1
26-30	1	0
31-35	0	1
36-40	3	1
41-45	6	4
46-50	6	0
51-55	5	4
56-60	0	3
61-65	1	1
65-70	1	1
70-más	0	1
Total	25	17

Distribución de pacientes según sexo y edad reintervenidos en el HG "Dr. Darío Fernández Fierro" del ISSSTE entre marzo del 2001 y junio del 2004

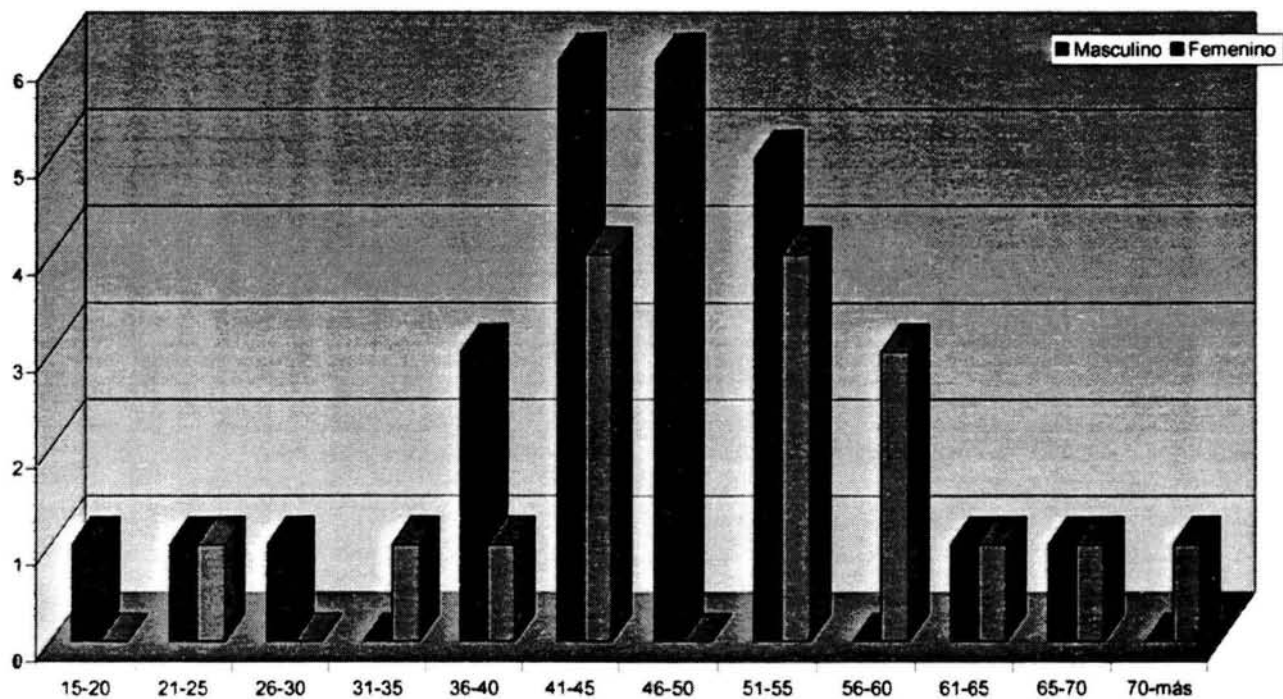


Tabla 2

Distribución de los padecimientos que más frecuentemente ameritaron reintervención en el HG "Dr. Dario Fernández Fierro" del ISSSTE de marzo del 2001 a julio del 2004 según sexo

Padecimiento	Masculino	Femenino
Apendicitis aguda	5	2
Colecistitis aguda	1	3
Oclusión intestinal	2	2
Hernia complicada	2	1
Trombosis mesentérica	1	1
Perforación de visera hueca	3	1
Divertículo perforado	0	3
Pancreatitis aguda	5	2
Absceso intra-abdominal	4	2
Herida por objeto punzocortante	1	0
Herida por PAF	1	0
Total	25	17

Distribución de los padecimientos que más frecuentemente ameritaron reintervención en el HG "Dr. Dario Fernández Fierro" del ISSSTE de marzo del 2001 a julio del 2004 según sexo

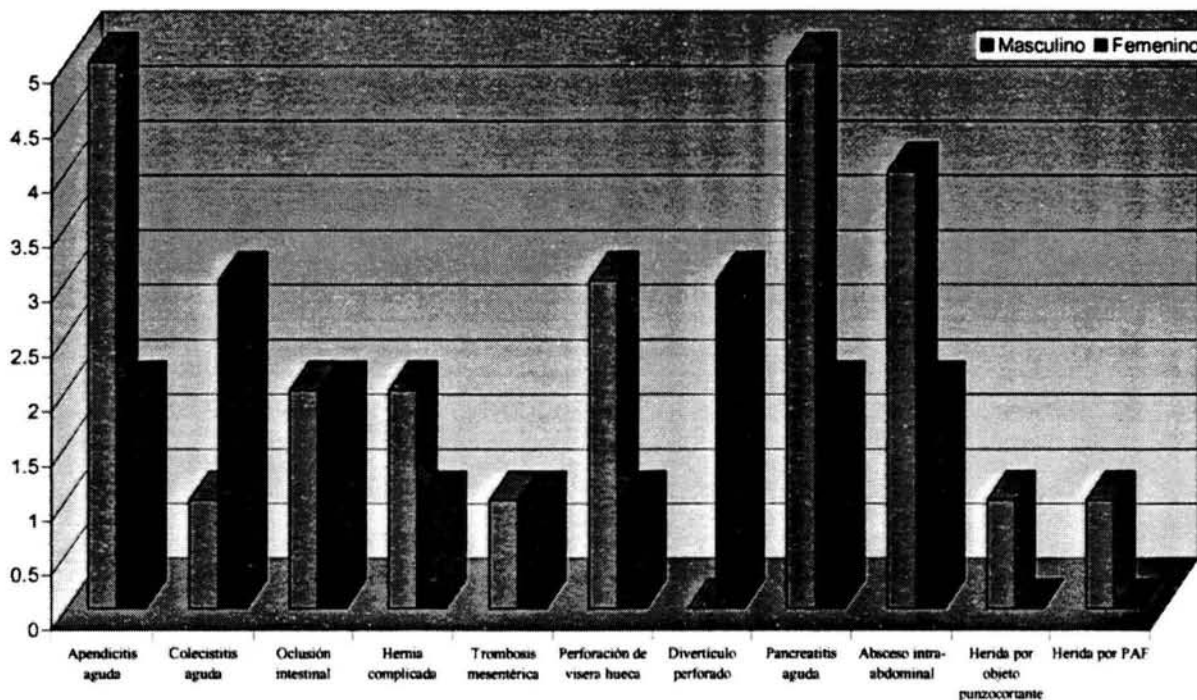


Tabla 3

Distribución de los diagnósticos post-reintervención mas frecuentes según sexo		
	Masculino	Femenino
Absceso	6	5
Dehiscencia de anastomosis	4	2
Fístulas	3	2
Hemorragia	1	1
Lavado quirúrgico	5	2
Necrosis segmentaria	3	3
Oclusión	3	2
Total	25	17

Distribución de los diagnósticos post-reintervención mas frecuentes según sexo

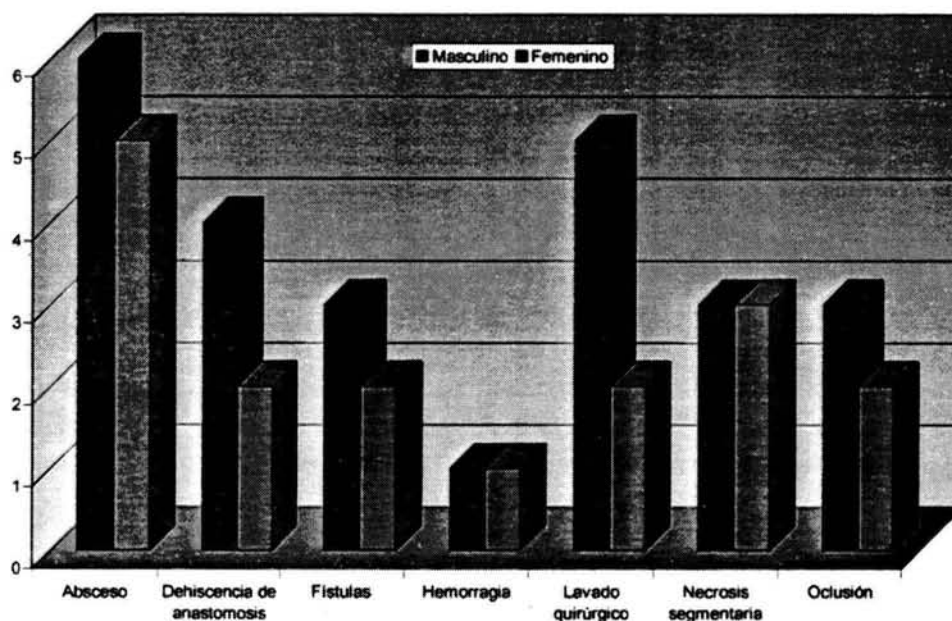
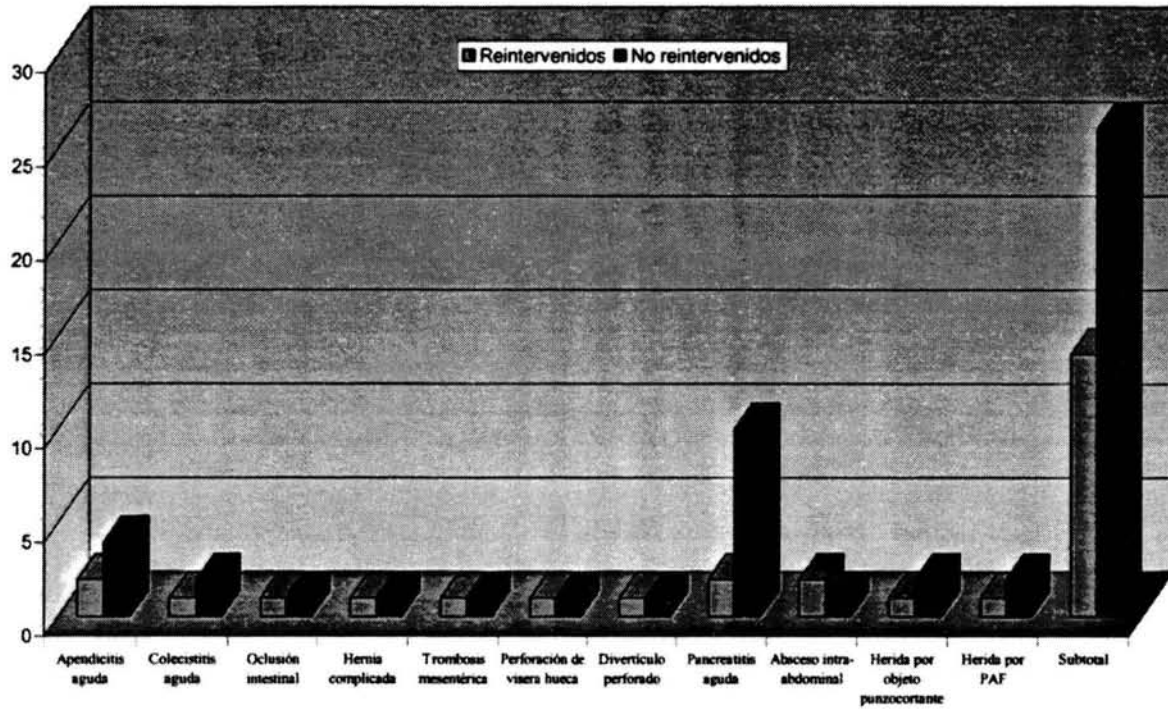


Tabla 4

Días transcurridos entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico según grupo de casos y controles				
Padecimiento	Reintervenidos		No reintervenidos	
	1 a 3 días	4 o más	1 a 3 días	4 o más
Apendicitis aguda	2	5	4	10
Colecistitis aguda	1	3	2	6
Oclusión intestinal	1	3	1	7
Hernia complicada	1	2	1	5
Trombosis mesentérica	1	1	1	3
Perforación de visera hueca	1	3	1	7
Divertículo perforado	1	2	1	5
Pancreatitis aguda	2	5	10	4
Absceso intra-abdominal	2	4	1	11
Herida por objeto punzocortante	1	0	2	0
Herida por PAF	1	0	2	0
Subtotal	14	28	26	58
Total	42		84	

Comparativa entre pacientes reintervenidos y no reintervenidos con Dx. preoperatorio entre 1 a 3 días



Comparativa entre pacientes reintervenidos y no reintervenidos con Dx. preoperatorio mayor a 4 días

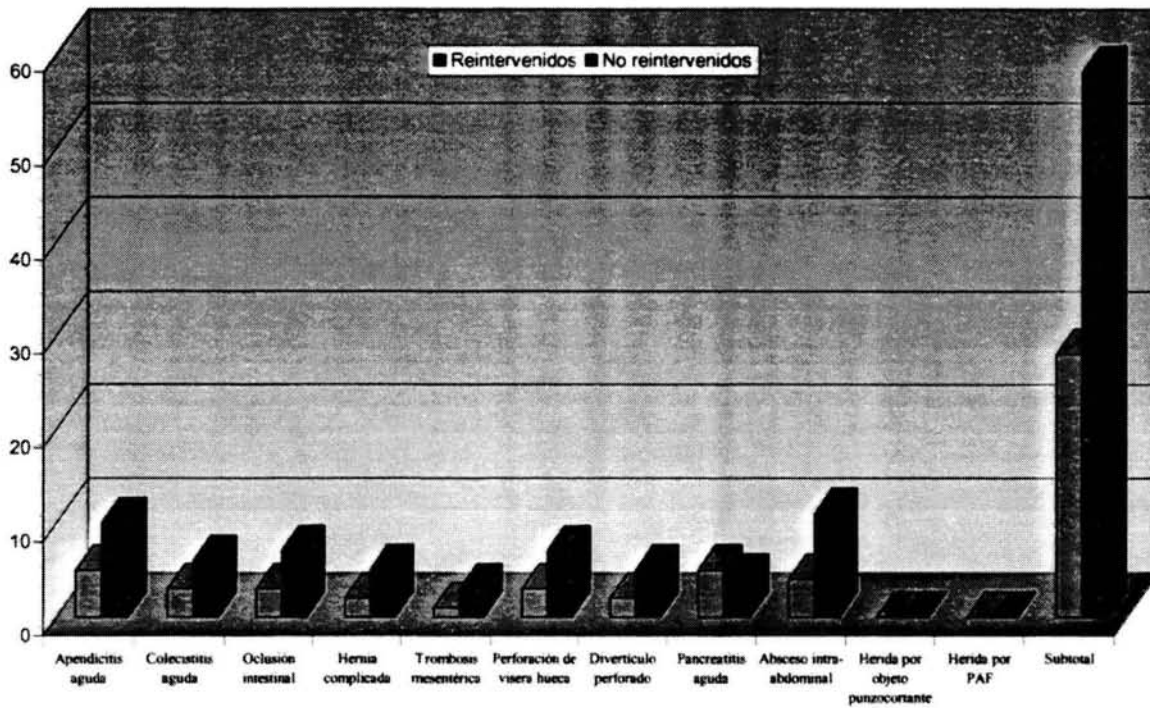
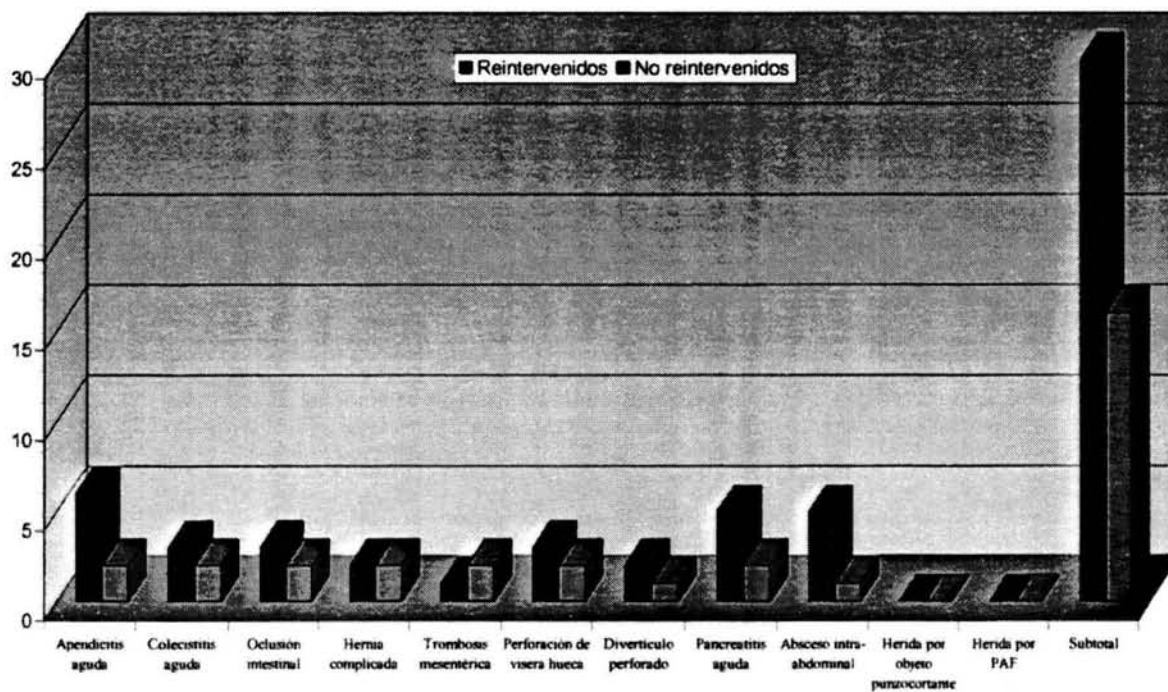


Tabla 5

Comparativa respecto al número de pacientes que tomaron algún analgésico antes de realizar el diagnóstico de patología quirúrgica abdominal

Padecimiento	Reintervenidos		No reintervenidos	
	Con	Sin	Con	Sin
Apendicitis aguda	6	1	2	12
Colecistitis aguda	3	1	2	6
Oclusión intestinal	3	1	2	6
Hernia complicada	2	1	2	4
Trombosis mesentérica	1	1	2	2
Perforación de visera hueca	3	1	2	6
Divertículo perforado	2	1	1	5
Pancreatitis aguda	5	2	2	12
Absceso intra-abdominal	5	1	1	11
Herida por objeto punzocortante	0	1	0	2
Herida por PAF	0	1	0	2
Subtotal	30	12	16	68
Total	42		84	

Comparativa entre casos y controles en el grupo de pacientes que admitieron haber usado algún analgésico, antes de hacerse el diagnóstico de patología quirúrgica abdominal.



Comparativa entre casos y controles en el grupo de pacientes que negaron haber usado algún analgésico, antes de hacerse el diagnóstico de patología quirúrgica abdominal.

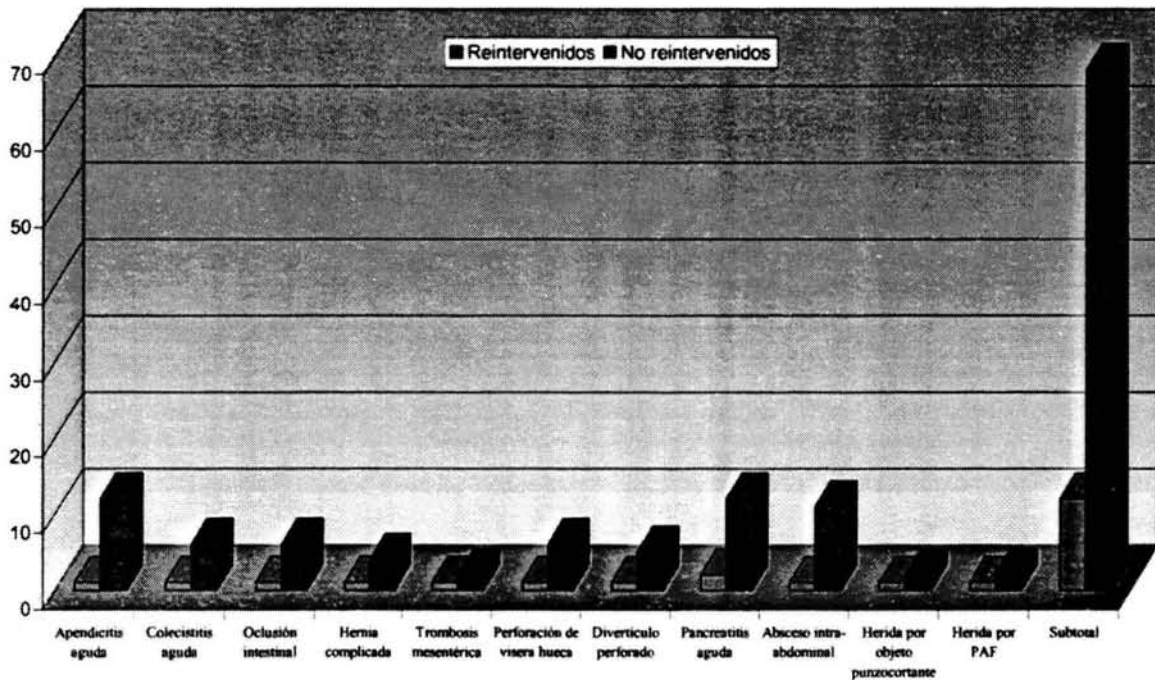
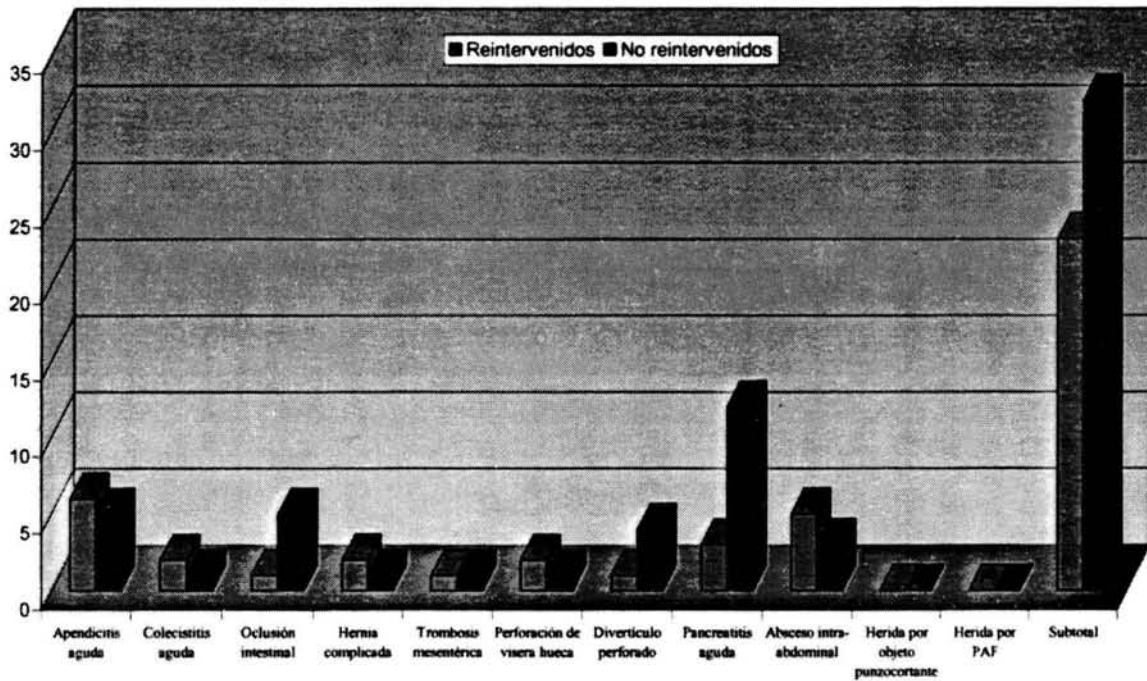


Tabla 6

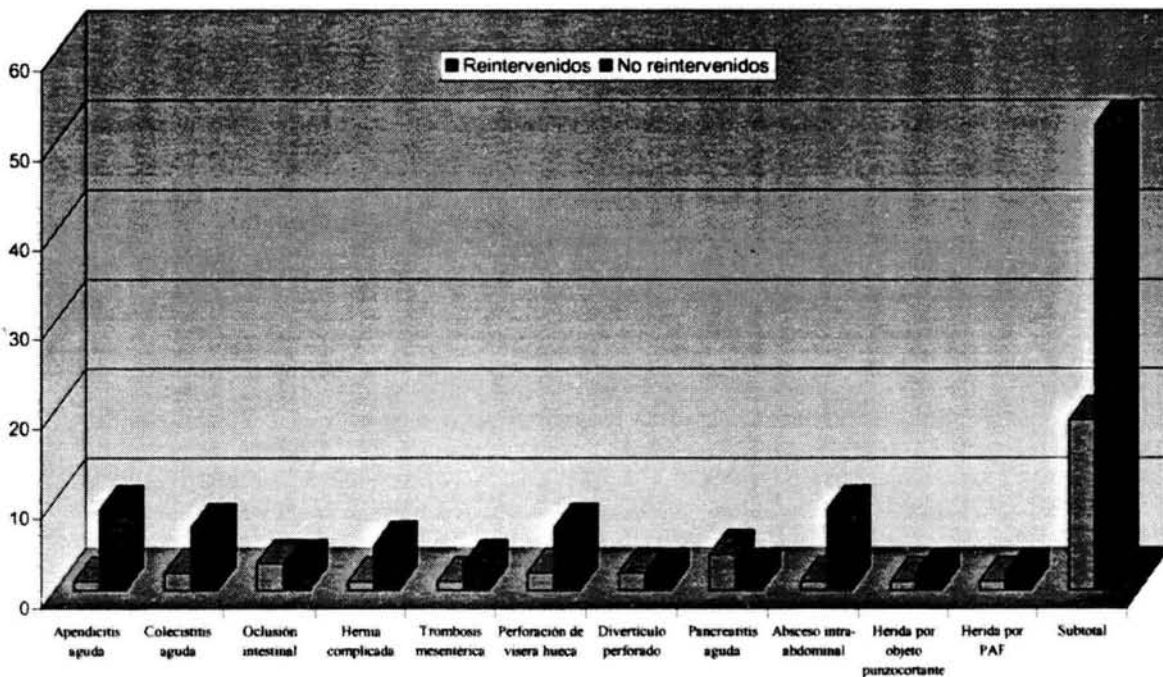
Comparativa respecto al número de pacientes que tomaron algún antibiótico antes de realizar el diagnóstico de patología quirúrgica abdominal

Padecimiento	Reintervenidos		No reintervenidos	
	<i>Con</i>	<i>Sin</i>	<i>Con</i>	<i>Sin</i>
Apendicitis aguda	6	1	5	9
Colecistitis aguda	2	2	1	7
Oclusión intestinal	1	3	5	3
Hernia complicada	2	1	1	5
Trombosis mesentérica	1	1	1	3
Perforación de visera hueca	2	2	1	7
Divertículo perforado	1	2	4	2
Pancreatitis aguda	3	4	12	2
Absceso intra-abdominal	5	1	3	9
Herida por objeto punzocortante	0	1	0	2
Herida por PAF	0	1	0	2
Subtotal	23	19	32	52
Total	42		84	

Comparativa entre casos y controles en el grupo de pacientes que admitieron haber usado algún antibiótico, antes de hacerse el diagnóstico de patología quirúrgica abdominal.



Comparativa entre casos y controles en el grupo de pacientes que negaron haber usado algún antibiótico, antes de hacerse el diagnóstico de patología quirúrgica abdominal



6.1 Análisis matemático de los resultados.

Razón de productos cruzados según padecimiento en relación al tiempo de evolución preoperatorio.

	<i>Reintervenidos</i>	<i>No reintervenidos</i>	
Apendicitis			
<i>1 a 3 días</i>	2	4	20
<i>4 o más</i>	5	10	20
			1
Colecistitis			
<i>1 a 3 días</i>	1	2	6
<i>4 o más</i>	3	6	6
			1
Oclusión			
<i>1 a 3 días</i>	1	1	7
<i>4 o más</i>	3	7	3
			2.333333
Hernia			
<i>1 a 3 días</i>	1	1	5
<i>4 o más</i>	2	5	2
			2.5
Trombosis			
<i>1 a 3 días</i>	1	1	3
<i>4 o más</i>	1	3	1
			3
Perforación			
<i>1 a 3 días</i>	1	1	7
<i>4 o más</i>	3	7	3
			2.333333
Divertículo			
<i>1 a 3 días</i>	1	1	5
<i>4 o más</i>	2	5	2
			2.5
Pancreatitis			
<i>1 a 3 días</i>	2	10	8
<i>4 o más</i>	5	4	50
			0.16
Absceso			
<i>1 a 3 días</i>	2	1	22
<i>4 o más</i>	4	11	4
			5.5
Herida AB			
<i>1 a 3 días</i>	1	2	0
<i>4 o más</i>	0	0	0
Herida PAF			
<i>1 a 3 días</i>	1	2	0
<i>4 o más</i>	0	0	0

Razón de productos cruzados según padecimiento en relación al uso de AINE's antes del Dx.

	Reintervenidos	No reintervenidos	
Apendicitis			
Con AINE	6	2	72
Sin AINE	1	12	2
			36
Colecistitis			
Con AINE	3	2	18
Sin AINE	1	6	2
			9
Oclusión			
Con AINE	3	2	18
Sin AINE	1	6	2
			9
Hernia			
Con AINE	2	2	8
Sin AINE	1	4	2
			4
Trombosis			
Con AINE	1	2	2
Sin AINE	1	2	2
			1
Perforación			
Con AINE	3	2	18
Sin AINE	1	6	2
			9
Divertículo			
Con AINE	2	1	10
Sin AINE	1	5	1
			10
Pancreatitis			
Con AINE	5	2	60
Sin AINE	2	12	4
			15
Absceso			
Con AINE	5	1	55
Sin AINE	1	11	1
			55
Herida AB			
Con AINE	0	0	0
Sin AINE	1	2	0
Herida PAF			
Con AINE	0	0	0
Sin AINE	1	2	0

Razón de productos cruzados según padecimiento en relación al uso de antibióticos antes del Dx.

	Reintervenidos	No reintervenidos	
Apendicitis			
Con AB	6	5	54
Sin AB	1	9	5
			10.8
Colecistitis			
Con AB	2	1	14
Sin AB	2	7	2
			7
Oclusión			
Con AB	1	5	3
Sin AB	3	3	15
			0.2
Hernia			
Con AB	2	1	10
Sin AB	1	5	1
			10
Trombosis			
Con AB	1	1	3
Sin AB	1	3	1
			3
Perforación			
Con AB	2	1	14
Sin AB	2	7	2
			7
Divertículo			
Con AB	1	4	2
Sin AB	2	2	8
			0.25
Pancreatitis			
Con AB	3	12	6
Sin AB	4	2	48
			0.125
Absceso			
Con AB	5	3	45
Sin AB	1	9	3
			15
Herida AB			
Con AB	0	0	0
Sin AB	1	2	0
Herida PAF			
Con AB	0	0	0
Sin AB	1	2	0

6.2 Análisis de los resultados.

Con el propósito de facilitar el manejo de la información obtenida, se analizaron los resultados agrupándolos por padecimiento.

En cuanto a la apendicitis aguda; se encontró una frecuencia del 16.6 % de los pacientes que requieren una reintervención a nivel abdominal y que es más frecuente en hombres con un 11.9 % sobre un 4.7 % en el sexo femenino; con un riesgo relativo a través del Odds ratio de 1 en cuanto al tiempo de evolución preoperatoria, de 36 en cuanto al uso de AINES antes del diagnóstico y de 10.8 en cuanto al uso de antibióticos antes del diagnóstico. Esto nos indica que el uso de AINES antes del diagnóstico se traduce en un riesgo a través del Odds ratio de ser reintervenido 36 veces mayor comparado con aquellos pacientes que cursan con apendicitis y no los utilizaron; que el uso de antibióticos antes del diagnóstico traduce un riesgo a través del Odds ratio 10 veces mayor de ser reintervenido por apendicitis aguda que el no hacerlo y que el tiempo de evolución del padecimiento no tiene relación con el riesgo de ser reintervenido.

Para la colecistitis encontramos una frecuencia del 9.5 % en el grupo de pacientes que requieren de una reintervención, siendo más frecuente en mujeres que en hombres con un 7.1 % sobre un 2.3 % respectivamente. Se encontró un riesgo relativo según el Odds ratio de 1 en relación al tiempo de evolución, de 9 en cuanto al uso de AINES y de 7 en relación al uso de antibióticos; lo que sugiere que según el Odds ratio; el riesgo de ser reintervenido de un paciente con diagnóstico de colecistitis, no tiene relación con el tiempo transcurrido antes del diagnóstico, pero que existe un riesgo 9 veces mayor de ser reintervenido si el paciente utiliza AINES previos al diagnóstico y 7 veces mayor si utiliza algún antibiótico.

La oclusión intestinal cuenta para el 9.5 % de los pacientes que requirieron una reintervención, con una frecuencia entre hombres y mujeres de 4.7 % del total para ambos grupos; se encontró un riesgo relativo según el Odds ratio de 2.3 en relación al tiempo de evolución, de 9 en cuanto al uso de AINES y de 0.2 en relación al uso de antibióticos; lo que sugiere que según el Odds ratio; el riesgo de ser reintervenido de un paciente ocluido es 2 veces mayor en relación al tiempo de evolución del padecimiento, que existe un riesgo 9 veces mayor de ser reintervenido si el paciente utiliza AINES previos al diagnóstico, pero no representa riesgo si el paciente utiliza algún antibiótico antes de realizarse el mismo.

En el grupo de pacientes con diagnóstico de hernia complicada se encontró que el diagnóstico cuenta para el 7.4 % de los pacientes que requirieron una reintervención, con una frecuencia entre hombres del 4.7 % y en mujeres del 2.3 %. Se encontró un riesgo relativo según el Odds ratio de 2.4 en relación al tiempo de evolución, de 4 en cuanto al uso de AINES y de 10 en relación al uso de antibióticos. Esto nos indica que según el Odds ratio; el uso de AINES antes del diagnóstico se traduce en un riesgo de ser reintervenido 4 veces mayor en aquellos pacientes que cursan con hernias complicadas en comparación con aquellos que no los utilizaron, que el uso de antibióticos antes del diagnóstico de una hernia complicada traduce un riesgo 10 veces mayor de ser reintervenido que el no hacerlo y que el tiempo de evolución del padecimiento representa un riesgo 2.4 veces mayor de ser reintervenido.

Para la trombosis mesentérica, se encontró una frecuencia del 4.7 % de los pacientes que requirieron una reintervención, con frecuencia entre hombres y mujeres de 2.3 % del total para ambos grupos. Se encontró un riesgo relativo según el Odds ratio de 3 en relación al tiempo de evolución, de 1 en cuanto al uso de AINES y de 3 en relación al uso de antibióticos; lo que sugiere que el riesgo de ser reintervenido de un paciente con

diagnóstico de trombosis mesentérica, según el Odds ratio; es 3 veces mayor en relación al tiempo de evolución del padecimiento, que existe un riesgo 3 veces mayor de ser reintervenido si el paciente utiliza antibióticos previos al diagnóstico, pero que no representa riesgo alguno que el paciente utilice algún AINE.

En cuanto a la perforación de una visera hueca; se encontró que cuenta para el 9.5 % de los pacientes que requirieron una reintervención a nivel abdominal y que es más frecuente en hombres con un 7.14 % sobre un 2.3 % que se presentó en el sexo femenino. Se encontró un riesgo relativo a través del Odds ratio de 2.3 en relación al tiempo de evolución, de 9 en cuanto al uso de AINES y de 7 en relación al uso de antibióticos; lo que sugiere que el riesgo de ser reintervenido de un paciente con diagnóstico de perforación de visera hueca según el Odds ratio; es 2.3 veces mayor en relación al tiempo de evolución; que existe un riesgo 9 veces mayor de ser reintervenido si el paciente utiliza AINES previos al diagnóstico y 7 veces mayor si utiliza algún antibiótico.

Los divertículos perforados tienen una frecuencia del 7.14 % de los pacientes que requirieron una reintervención, con una frecuencia entre mujeres del 7.14 % del total sin haber encontrado casos en pacientes del sexo masculino. Se encontró un riesgo relativo según el Odds ratio, de 2.5 en relación al tiempo de evolución, de 10 en cuanto al uso de AINES y de 0.25 en relación al uso de antibióticos; sugiriendo que el riesgo de ser reintervenido de un paciente con un divertículo perforado según el Odds ratio; es 2.5 veces mayor en relación al tiempo de evolución del padecimiento y 10 veces mayor si el paciente utiliza AINES previos al diagnóstico, pero no representa ningún riesgo si el paciente utiliza algún antibiótico antes de realizarse el diagnóstico.

En el grupo con diagnóstico de pancreatitis se encontró que el diagnóstico cuenta para el 16.6 % del total de pacientes que requirieron una reintervención a nivel abdominal, con una frecuencia entre hombres del 9.5 % y del 4.7% en mujeres. Se encontró un riesgo relativo a través del Odds ratio de 0.16 en relación al tiempo de evolución, de 15 en cuanto al uso de AINES y de 0.125 en relación al uso de antibióticos. Lo que indica que en el caso de la pancreatitis, según el Odds ratio; no existe aumento en el riesgo de ser reintervenido relacionado con el tiempo de evolución o el uso de antibióticos previos al diagnóstico; sin embargo, el utilizar AINES antes del diagnóstico de pancreatitis representa un riesgo 15 veces mayor de ser reintervenido en comparación con los pacientes que no lo hicieron.

Los abscesos intra-abdominales cuentan para el 14.2 % de los pacientes que requirieron una reintervención, con una frecuencia entre hombres del 9.5 % y del 4.7% en mujeres. Se encontró un riesgo relativo según el Odds ratio de 5.5 en relación al tiempo de evolución, de 55 en cuanto al uso de AINES y de 15 en relación al uso de antibióticos; lo que sugiere que el riesgo de ser reintervenido de un paciente con un absceso intra-abdominal, según el Odds ratio; es 5.5 veces mayor en relación al tiempo de evolución del padecimiento 55 veces mayor si el paciente utiliza AINES previos al diagnóstico y 15 veces mayor si utiliza antibióticos antes de realizarse el diagnóstico.

Tanto el grupo de pacientes con diagnóstico de herida por objeto punzo-cortante como el de herida por arma de fuego presentaron una frecuencia del 2.3 % del total cada uno. En ambos casos, solo se encontraron pacientes del sexo masculino, por lo que no se completaron las tablas para cálculo de razones del Odds ratio; haciéndose imposible el cálculo matemático para establecer el riesgo relativo de las variables manejadas y por ello no se realizaron ni se comentan en los resultados.

7.- Conclusiones

1.- Las patologías abdominales que más frecuentemente se relacionan con una reintervención son las apendicitis agudas y las pancreatitis con un 16 %; enseguida se encuentran los abscesos intra-abdominales con un 14.2 %, y en tercer lugar se encuentran las oclusiones intestinales, las colecistitis y las perforaciones con un 9.5 %.

2.- La incidencia de la reintervención quirúrgica abdominal en relación al sexo varía según la patología presentada, ya que si bien en la apendicitis es más frecuente la reintervención en los hombres (11 % sobre un 4.7 %), en la colecistitis es más frecuente en mujeres (7 % contra 2.3 %); sin embargo, en un análisis general los hombres se reintervienen más frecuentemente que las mujeres con un 59.5 % sobre un 40.5 % en las mujeres.

3.- En cuanto a la edad, encontramos una frecuencia de presentación más alta entre los 40 y 55 años de edad en ambos sexos, con un 68 % de incidencia entre los hombres de éste grupo de edad y de 47 % entre las mujeres.

4.- Es evidente que en efecto, si se hace un balance general; prácticamente en todos los casos en los que los pacientes presentan una evolución más larga, o que se administraron algún tipo de AINE o antibiótico antes de realizarse el diagnóstico de una patología quirúrgica abdominal; se encontró un riesgo relativo de ser reintervenido mayor que en aquellos pacientes que evolucionaron menos tiempo o que no se administraron ningún tipo de AINE o antibiótico.

Sin embargo, es interesante ver el comportamiento de los datos estadísticos por grupo de patología específica, ya que en algunos casos no se encontró relación alguna entre el tiempo de evolución antes del diagnóstico o en algunos casos entre los pacientes que tomaron AINES o antibióticos, pero en ningún grupo se encontró un efecto protector de éstos, como sería de esperarse en el caso de los abscesos o las perforaciones viscerales. Posiblemente éste fenómeno sea el resultado de que la mayoría de los pacientes se administran AINES o antibióticos empíricamente y esto favorece el enmascaramiento de los signos o síntomas, haciendo más difícil el diagnóstico sindromático y por ende, el diagnóstico de patología quirúrgica abdominal, lo que permite la evolución natural del padecimiento con pocas o ninguna molestia para el paciente, por lo que al momento del diagnóstico el paciente ya está cursando con complicaciones que lo condenan a un segundo procedimiento.

5.- Los resultados de nuestra serie son similares a los encontrados en la literatura internacional, en cuanto a los diagnósticos más frecuentes y a la distribución de edad y sexo de las reintervenciones^{5,9}; sin embargo, debido a que los límites de confianza de prácticamente todas las razones de productos cruzados atraviesan el 1, éstos resultados deben tomarse con reserva ya que la muestra es pequeña y únicamente se trata de la experiencia de 3 años de trabajo en un solo centro hospitalario, por lo que podría ser poco representativa.

6.- Posiblemente los resultados del estudio serían más reveladores si se hiciera un diseño multicéntrico que permitiera disponer de un mayor número de casos y en un periodo de tiempo más prolongado, sin embargo; los resultados de nuestro trabajo parecen demostrar un mayor riesgo a través del Odds ratio de reintervención quirúrgica abdominal entre aquellos pacientes que cursan con un periodo de evolución más prolongado y entre los que consumieron algún tipo de AINE o antibiótico antes del diagnóstico.

Bibliografía

1.-Risk Factors for Severe Sepsis in Secondary Peritonitis

Daniel A. Anaya; Avery B. Nathens
Surg Infect 4(4):355-362, 2003.

2.-Severe Sepsis and Septic Shock: Guidelines for Management

Dana R. Lustbader, MD, FCCP, FCCM
30th International Educational and Scientific Symposium of the Society of Critical Care Medicine

3.-Effect of previous surgery on abdominal opening time

Beck DE; Ferguson MA; Opelka FG; Fleshman JW; Gervaz P; Wexner SD
Dis Colon Rectum 2000 Dec; 43(12): 1749-53

4.-Abbreviated laparotomy in patients with hemorrhagic shock

Doldo G; Albanese I; Macheda S; Caminiti G, Calabria, Italia
Minerva Chir 2003 Feb; 58(1): 113-7

5.-Relaparotomy: a five years review of indications and outcome

Ching SS, Muralikrishnan VP; Whiteley GS
Int J Clin Pract 2003 may;57(4): 333-7

6.-Postoperative peritonitis. The criteria for a reintervention

Amorotti C; Mosca D; Palladino L; Spallanzani A; Rossi A
Minerva Chir 1999 Sep; 54(9): 597-605

7.-Relaparotomy in peritonitis: prognosis and treatment of patients with intra-abdominal persistent infection

Koperma T; Shultz F; Department of General Surgery, Hospital Lainz, Wolkersbergenstrasse 1, Vienna; Austria
World J Surgery 2000 Jan; 24 (1): 32-7

8.-Staged abdominal re-operation for abdominal trauma

Taviloglu K. MD; Istanbul University, Istanbul Medical School, Departamento de cirugía, Capa, Estambul, Turquía
Ulus Travma Derq 2003 Jul; 9 (3): 149-53

9.-Surgical Treatment of Severe Acute Pancreatitis: Timing of Operation is Crucial for Survival

Peter Götzinger, Peter Wamser, Ruth Exner, Erhard Schwanzler, Raimund Jakesz, Reinhold Függer, Thomas Sautner
Surg Infect 4(2):205-211, 2003.

10.-Causas y frecuencia de la reintervención quirúrgica abdominal en el Hospital "Dr. Darío Fernández"

Noé Rodríguez García, José Ma. Zubirán Moreno
Tesis de postgrado, 1991; Facultad de Medicina UNAM, México; DF, México